

Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)

Al completar o firmar este formulario, yo (u otra persona autorizada por mí) autorizo a que Healthfirst comparta mi información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con las personas o entidades que figuran a continuación. Al referirme a Healthfirst, también incluyo a subsidiarias, afiliadas, empleados, agentes y subcontratistas de la compañía. (Si necesita ayuda para completar este formulario, lea las instrucciones de las páginas 3 y 4. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios a los Miembros al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.)

A. Información del miembro

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____
N.º de miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

B. Persona o entidad a la que se entregará la PHI

Seleccione la opción que corresponda: Cónyuge Pareja doméstica Hijo adulto Padre/madre Otra

Complete la información siguiente:

Nombre de la persona o entidad: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N.º de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

C. Tipo de información que Healthfirst tiene la autorización de compartir

Autorizo a Healthfirst a compartir la información siguiente:

Las fechas de los registros en mi expediente que están sujetas a esta autorización abarcan desde el _____ hasta el _____

C1. Información estándar del plan de salud:

Reclamaciones y apelaciones relacionadas Facturación/inscripción Otra _____

C2. Información confidencial: *la información confidencial no se compartirá a menos que escriba mis iniciales a continuación:*

VIH/SIDA _____ .Salud mental _____ Servicios de salud reproductiva/planificación familiar _____
 Infecciones de transmisión sexual _____ Toda la información confidencial dentro de la subsección _____

TRASTORNO DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS: para solicitar información sobre este tipo de trastorno, se debe usar el formulario **Autorización para la divulgación de información protegida de salud en relación con un trastorno debido al uso de sustancias.**

C3. Cambios con respecto al médico de cuidado primario (PCP):

Autorizo a que Healthfirst permita a la parte autorizada efectuar cambios con respecto al PCP.

C4. Facturación/pago del cuidado médico:

Autorizo a Healthfirst a permitir que la parte autorizada reciba información relacionada con asuntos sobre facturación/pago del cuidado médico para resolver un tema financiero. Entiendo que esto puede incluir mi información de salud.

C5. Administración de cuidados y coordinación de cuidados o servicios:

Autorizo a Healthfirst a permitir que la parte autorizada reciba información relacionada con mi diagnóstico, tratamiento de enfermedad o afección, o cobertura con el fin de coordinar apropiadamente mis cuidados, servicios o beneficios en conformidad con mi plan de Healthfirst.

D. Propósito de esta autorización

A petición mía Para este propósito: _____

E. Vencimiento y revocación

Si no se proporciona una fecha de vencimiento o evento, este formulario vencerá a más tardar veinticuatro (24) meses desde la fecha en que se firma.

Esta autorización vencerá:

En esta fecha específica: _____ Cuando ocurra este evento: _____

Derecho a revocar: puedo revocar este formulario de autorización en cualquier momento. Si lo deseo, puedo escribir a la Oficina de Privacidad de Healthfirst por correo postal a: Healthfirst's Privacy Office, P.O. Box 5183, NY, NY 10274-5183, o por correo electrónico a HIPAAprivacy@healthfirst.org. Comprendo que mi revocación no afectará ninguna acción que Healthfirst realice antes de recibir mi solicitud de revocación.

F. Información importante que necesito saber

Mi firma a continuación significa que entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Esta autorización es voluntaria y se puede revocar en cualquier momento. Mi revocación no afectará ninguna acción que Healthfirst realice antes de recibir mi solicitud de revocación.
- Mi información de salud puede estar sujeta a que la persona que la reciba la vuelva a divulgar, y que ya no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad si la organización o la persona autorizada a recibir la información no es un proveedor de cuidado médico o un plan de salud.
- Healthfirst no puede condicionar mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios o pagos por servicios si no firmo este formulario. Sin embargo, sin un formulario válido, no se podrá satisfacer mi solicitud para divulgar información a las personas o entidades nombradas anteriormente.

G. Firma del miembro o la parte autorizada

G1. Usted debe firmar este formulario si:

1. usted es el miembro o el representante legal del miembro
2. usted es padre/madre o tutor legal de un menor no emancipado y la información compartida no incluye información sobre una condición confidencial (ver la sección C2 de este formulario para ver las condiciones confidenciales).

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

G2. El menor debe firmar este formulario si (*marque todas las casillas que correspondan*):

1. está casado(a) o emancipado(a)
2. no está emancipado(a), tiene entre 12 y 17 años de edad y la información autorizada para la divulgación incluye una de las siguientes condiciones confidenciales:
 - a. Salud mental
 - b. Infecciones de transmisión sexual
 - c. VIH/SIDA
 - d. Salud reproductiva/planificación familiar (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal y aborto)

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

NOTA: Si la persona que firma este formulario de autorización no es el miembro, describa su relación con el miembro y proporcione el documento pertinente que lo autorice a actuar en nombre del miembro (p. ej. poder notarial, comprobante de tutela legal, certificado de albacea, etc).

Devuelva este formulario completo y cualquier documentación pertinente a Servicios a los Miembros de Healthfirst a:

P.O. Box 1566, New York, NY 10274-1566
Fax: 1-646-313-9059

Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI) – Instrucciones

A. Información del miembro

Asegúrese de completar toda la sección. Por ejemplo, si vive en un edificio, incluya el número de apartamento. También necesitaremos su número de identificación de miembro para encontrarlo en nuestro sistema.

B. Persona o entidad a la que se entregará la PHI

Marque la casilla que le corresponda. Escriba el nombre completo de la persona o entidad a la que desea que le entreguemos su información. No use términos generales como "mi hija" o "mi hijo", porque no se aceptarán. Debe ser específico. Si usted autoriza a que esta persona o entidad reciba una copia impresa de su expediente, necesitaremos la dirección de dicha persona o entidad.

Si desea que compartamos su información con más de una persona o entidad, debe completar un formulario separado para cada persona o entidad a la que desea que le entreguemos su información.

La información que se envía por correo electrónico estará "codificada". Siga las instrucciones que aparecerán en el correo electrónico que usted reciba para tener acceso a su información.

C. Tipo de información que Healthfirst tiene la autorización de compartir

C1. Indique las fechas durante las cuales se nos autoriza a compartir la información. Esto no se refiere a la fecha de vencimiento del formulario (Sección E). Luego elija qué **tipo de información** desea que Healthfirst proporcione.

C2. No se divulgará **información confidencial** a menos que usted lo solicite específicamente y escriba sus iniciales a la derecha de su selección. Si desea compartir toda la información confidencial, entonces elija y escriba sus iniciales en la última opción.

TRASTORNO DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS: con el fin de cumplir con las Normas federales para la confiabilidad de las historias clínicas de pacientes con trastornos por abuso de alcohol y drogas (Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Capítulo I, Parte 2), se debe usar el formulario Autorización para la divulgación de información protegida de salud en relación con un trastorno debido al uso de sustancias para solicitar información sobre este tipo de trastorno.

C3. Elija esta opción si autoriza a que Healthfirst le permita a esta persona o entidad realizar cambios relacionados con el médico de cuidado primario (PCP) en su cuenta.

C4. Elija esta opción si autoriza a que Healthfirst comparta la información sobre la facturación o el pago del cuidado médico con esta persona o entidad. Tenga en cuenta que es posible que su información de salud se comparta con esta persona o entidad para abordar cualquier asunto relacionado con la facturación o el pago.

C5. Elija esta opción si autoriza a que Healthfirst permita a esta persona o entidad participar en la administración y coordinación de su cuidado. Esto podría incluir una conversación con su administrador de cuidados sobre su cuidado/tratamiento y la participación en la toma de decisiones con respecto a su cuidado.

D. Propósito de esta autorización

Indique por qué desea que compartamos su información con esta persona o entidad.

E. Vencimiento y revocación

Asegúrese de incluir una fecha de vencimiento. Si no está seguro de una fecha, no se preocupe. Puede elegir una de las otras opciones o describir un evento que haga vencer este formulario de autorización. Sin embargo, su vigencia no podrá exceder en ningún caso los veinticuatro (24) meses a partir de la fecha en que se firme el formulario.

Como recordatorio, usted puede **revocar** (es decir, cancelar o anular) esta autorización en cualquier momento simplemente escribiendo a la Oficina de Privacidad a la dirección indicada en el formulario. Sin embargo, su revocación no se aplicará a la información que ya se haya compartido antes de que recibamos la revocación.

F. Información importante que necesito saber

Es importante que lea la información en esta sección antes de firmar este formulario. Su firma no solo nos permite compartir su información, sino que también significa que entiende y permite las acciones descritas en esta parte.

G. Firma del miembro o la parte autorizada

G1.	G2.
1. Si usted es un miembro adulto o el representante o tutor legal del miembro, marque la casilla que corresponda.	1. Si usted es un(a) menor y firma este formulario, debe marcar la casilla que corresponda. Usted debe ser un(a) menor emancipado(a) o un(a) menor de entre 12 y 17 años de edad que vive en el Estado de Nueva York y la información compartida debe incluir información sobre una condición que se considera "confidencial". La ley del Estado de Nueva York permite que un menor reciba ciertos tipos de tratamientos sin que sea necesario obtener el consentimiento de un padre/madre o tutor legal siempre y cuando los servicios sean para una de las condiciones "confidenciales" descritas en la sección G2 del formulario de autorización.
2. Miembro adulto o representante o tutor legal: firme y escriba su nombre en letra de imprenta; no se olvide de incluir la fecha en que se firmó el formulario. <i>Tenga en cuenta que si usted es el miembro que firma este formulario, su nombre en esta sección debe ser igual al nombre usado en la Sección A.</i>	2. Luego debe firmar y escribir su nombre en letra de imprenta; no se olvide de incluir la fecha en que firmó el formulario. <i>Tenga en cuenta que si usted es el miembro que firma este formulario, su nombre en esta sección debe ser igual al nombre usado en la Sección A.</i>

Si usted firma este formulario en nombre del miembro, debe proporcionar la documentación de respaldo que le autoriza a representar al miembro.

Los ejemplos de la documentación de respaldo (es decir, documentación legal), son:

Poder notarial	Este documento legal le brinda a alguien de su confianza la autoridad para actuar en su nombre en asuntos de facturación/pago del cuidado médico, entre otras autoridades, si se indica específicamente. Los asuntos de facturación/pago del cuidado médico pueden incluir su información de salud.
Certificado de albacea	Este documento legal se usa cuando el miembro ha fallecido y asignado previamente a una persona para que se encargue de su patrimonio/asuntos.
Representante de cuidados médicos	Este documento le brinda a alguien de su confianza la autoridad para tomar decisiones relacionadas con el cuidado médico si usted no puede hacerlo o está incapacitado. NOTA: la documentación clínica que respalda la incapacidad del miembro para tomar decisiones debe adjuntarse al formulario de representación de cuidados médicos firmado.
Comprobante de tutela	Este documento judicial le brinda a una persona designada por el tribunal la autoridad para actuar en nombre del miembro y para cuidar al miembro, lo que incluye su propiedad, cuidado médico, etc.

A menos que se indique algo distinto, envíe el formulario completo por correo o por fax:

P.O. Box 1566, New York, NY 10274-1566
Fax: 1-646-313-9059